



Évaluation du Poignet □ CSST □ SAAQ □ Private

Nom: _____ Sexe: M__ F__ Date naissance : _____ Age : ____ Date : _____

Diagnostic : _____ Dominance : D : ____ G : _____

Occupation : _____ Travail : Manuel__ Physique__ Mvt répétitif__ Travail pas__ Autre__

Déscription du poste de travail : _____

Histoire : Date de l'accident : _____

Mécanisme de blessure ou origine de la lesion : _____

Evolution des symptômes : _____

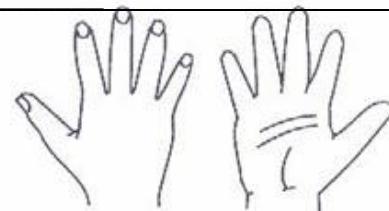
Traitements antérieurs : aucune

<input type="checkbox"/> Dans les limites de la normale (DLN)	AVQ	Indép.	Ass.	details	AVD	Indép.	Ass	details
	Hygiène				Cuisine			
	Alimentation				Lessive			
	Transferts				Repassage			
	Déplacements				autre			

Rapports d'examens (Rayons-X, RMI, EMG,...) : aucun _____

Allergies : aucune _____

Antécédants (pertinent à la lesion actuelle) : aucun _____



Affections associées (autres problèmes qui peuvent influencer):

aucune _____

Médication : aucun _____

O-Donnés subjectives : **Douleur** : Description :

Brûlure____ Elancement____ Pression____

Autre_____

Localisation : voir diagramme _____



Intensité : _____

Augmentée par : _____

Diminuée par : _____

Paresthésie (hypo-hyper): aucune _____ Parésie : aucune _____

Faiblesse perçue par client : _____

Durée : constante périodique constante avec période de crise périodique autre _____

Prédominance horaire: matinal nocturne aucune autre _____

Douleur : le réveille la nuit l'empêche de dormir Position de sommeil : _____

O-Donnée Objectives: Peau : _____ Difféormité : _____ Cicatrice : _____

T°C : _____ Atrophie : _____ Oedème : _____

Posture : _____ Autres : _____

Oedème : <input type="checkbox"/> aucune	Droite	Gauche				Droite	Gauche
<input type="checkbox"/> Dans la limite de la normale							
Poignet	D	G	D	G	Endfeel	D	G
FLX							
EXT							
ABD							
ADD							

TRP :

Physiothérapeute :

Évaluation du Poignet CSST SAAQ Private

<input type="checkbox"/> Dans la limite de la normale	Amplit. Art. ACTIVE			Amp. Art.PASSIVE			Endfeel			Mvts Isométrique				
SUPINATION														
PRONATION														
	Index : DROIT/GAUCHE			Majeure :DROIT/GAUCHE			Annulaire :DROIT/GAUCHE			Petit doigt :DROIT/GAUCHE				
	MP	IPP	IPD	MP	IPP	IPD	MP	IPP	IPD	MP	IPP	IPD		
FLX ROM														
FLX Force														
Ext ROM														
Ext Force														
Pouce : <input type="checkbox"/> DLN	Droit/Gche ROM		Droit/Gche Force		Pouce : <input type="checkbox"/> DLN		Droit/Gche ROM			Droit/Gche Force				
MP FLX				IP FLX										
EXT				EXT										
ADD				Opposition										
ABD														

Remarques :

Mobilisation accessoires :

Bilan musculaire	Droit	Gauche	Triceps	Droit	Gauche
Extenseurs pgnet			Prehens. main		
Flech. pgnet			Autre		
Biceps					

Scan épaule, coude, Cervicale : aucune dlr ROM complet Force 5/5 Aure : _____

Bilan Circulatoire:pouls: égal droit et gauche en bpm et volume_Autre :_____

<input type="checkbox"/> DLN	D	Derm.	G	D	Myot.	G	<input type="checkbox"/> DLN	D	Derm	G	D	Myot	G
C1-2							C8						
C3							T1						
C4							T2						
C5							Reflex	C6-7	<input type="checkbox"/> V+S <input type="checkbox"/> IdS				
C6							Vif + symmetrique (v+s)	C5-6	<input type="checkbox"/> V+S <input type="checkbox"/> IdS				
C7							Incapable de solliciter (IdS)	C7	<input type="checkbox"/> V+S <input type="checkbox"/> IdS				
Tests Spécifique	Droit					Gauche							
Tinel													
Finkelstein													
Autre													

Mobilité accessoire

<input type="checkbox"/> DLN	Transferts	Ass.	Indep.	Description	Assistance	Ass.	Indep.	Description
	Couché-assis				Marche			
	Assis-debout				Escaliers			
	Supine-sidelying				Trottoir			
	Supine-prone				Autre			

Palpation :

TRP :

Physiothérapeute :

S:\Rehabilitation\Physiotherapy\Evaluations\Wrist